

¿ENTENDEMOS QUÉ ES EL DOLOR?

DR. HERBERT C. SPENCER H.
JEFÉ UNIDAD DE MEDICINA DEL DOLOR.
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA.
CLÍNICA LAS CONDES.

RESUMEN

Tanto para el médico como para el paciente es fácil entender el dolor como un fenómeno asociado a trauma o daño tisular. Sin embargo, frente al dolor crónico este enfoque no funciona ni para explicar el dolor ni para tratarlo en forma efectiva. Apareció, entonces el concepto de dolor psicosomático, el cual explicaba el dolor como un proceso originado en la mente y carente de sustrato somático real. Esta visión orientó a la terapia de la mente (psicólogo o psiquiatra) como solución al cuadro de dolor crónico, lo que tampoco produjo los resultados esperados. El modelo biopsicosocial ha contribuido a dar una mejor explicación de los factores que generan la experiencia de dolor y a obtener mejores resultados en muchos cuadros de dolor crónico merced a una terapia orientada bajo esta perspectiva.

SUMMARY

For patients and physicians it is relatively easy to understand pain in terms of trauma or tissue damage. However, when we deal with chronic pain the somatic interpretation is not effective neither to explain nor to treat this type of pain. The concept of psychosomatic pain arose, and pain was explained as a process originating in the mind and devoid of somatic grounds.

This vision gave way to treatment of the mind by a psychologist or a psychiatrist, as a solution, but results were not as expected. The biopsychosocial model has contributed to a better explanation of the factors contributing to generate the pain experience, and also to achieve better results in many chronic pain settings through a therapy oriented under this point of view.

INTRODUCCIÓN

Tanto los pacientes como los médicos entendemos relativamente fácil el dolor en términos de daño tisular; y sabemos que hay que encontrar la causa del dolor para tratarlo. Sin embargo, el dolor es una experiencia del individuo que involucra otros aspectos además de los propiamente nociceptivos. Estos factores están presentes en todo tipo de dolor y son especialmente relevantes en el dolor crónico.

Todo ser humano conoce el dolor desde el primer golpe fuerte que se da en la infancia. Habitualmente hay una relación directa entre la causa del dolor y la percepción de éste. La intensidad del dolor es proporcional al daño sufrido y su intensidad es mayor al inicio.

Pacientes y doctores sabemos que cuando el cuerpo duele, hay una causa que provoca dolor, y buscamos corregirla. Una vez logrado esto, el dolor pasa.

¿Qué sentido tiene entonces preguntar si sabemos realmente qué es el dolor?

Ocurre que hay un número relevante de pacientes con dolor severo en que éste no pasa con el tiempo. Y el médico que trata pacientes con dolor crónico se enfrenta a situaciones muy difíciles de resolver. Cuando el dolor no responde a las diversas terapias indicadas se ve obligado a solicitar nuevos exámenes, nuevas interconsultas y nuevos tratamientos que también resultan inefectivos. Todo esto, a su vez, provoca gran frustración tanto al paciente como al médico y hace difícil intentar un nuevo enfoque *a posteriori*, cuando nada ha resultado ser efectivo. En situaciones como la descrita, nos planteamos dudas acerca de la verdadera naturaleza del dolor que refiere el paciente.

DOLOR REAL Y DOLOR PSICOLÓGICO

En los años 50, con el desarrollo de la medicina psicosomática, se instituyó el concepto de que había dos tipos de dolor: el dolor real, que se origina en el cuerpo; y el dolor mental (o irreal) producido por la mente. El primero era la manifestación de una causa que era necesario descubrir con exámenes clínicos y una vez tratada ésta, el dolor desaparecería. En el segundo caso, el dolor originado en la mente era diferente: no obedecía a causas ni terapias del cuerpo. Dentro del concepto de fenómeno psicosomático, se lo homologó a un síntoma de histeria de conversión, en la cual el conflicto neurótico (deseo instintivo reprimido) se resolvía "materializándose" al saltar del plano emocional al físico y expresarse somáticamente como dolor (1). Estos pacientes debían recibir tratamiento psiquiátrico.

DOLOR EN EL CUERPO: EL DOLOR COMO SÍNTOMA

El dolor como síntoma común a muchas enfermedades es un indicador de lesión tisular que impide la función del órgano afectado y avisa al individuo que debe proteger, y poner en reposo a su organismo mientras el dolor está presente. Todas las especialidades se enfrentan al dolor como síntoma fundamental en las diversas patologías propias de cada especialidad.

El dolor agudo tiene relación directa con la causa que lo provoca tanto en el tiempo como en la intensidad: duele intensamente en el momento de la lesión o trauma que lo provoca y tiende progresivamente a la curación y desaparece en aproximadamente 48 a 72 horas cuando la causa es erradicada.

Este dolor es, por así decirlo, la manifestación esencialmente biológica o física del dolor. El dolor postoperatorio es un buen ejemplo de este tipo de dolor y los especialistas dedicados a manejar el dolor agudo conocen su evolución natural y saben que su tratamiento es muy efectivo con las técnicas y fármacos disponibles hoy en día.

PARADIGMA BIOLÓGICO EN EL MODELO MÉDICO ACTUAL

Por más de 200 años la práctica de la Medicina ha estado basada en el supuesto de que hay una causa etiológica (bacteria, virus, malformación genética, etc.) detrás de cada enfermedad. El médico debe practicar exámenes para determinar cuál es la causa etiológica e indicar un tratamiento específico que erradicará la enfermedad y aliviará los síntomas, entre ellos, el dolor.

Este enfoque clínico-patológico relaciona en forma directa el síntoma del paciente con una lesión tisular. Este modelo conceptual ha sido extrapolado desde el nivel tisular al nivel celular, e incluso al nivel molecular.

No cabe dudas de que esta visión de la medicina ha producido grandes avances en numerosas enfermedades que aquejan al hombre y que nadie pretendería desconocer.

DOLOR DE LA MENTE: EL DOLOR COMO ENFERMEDAD

No obstante los avances de la Medicina en los términos señalados más arriba, existen numerosos cuadros clínicos en los cuales el dolor es el eje central de la enfermedad y las terapias basadas en lo meramente somático han probado ser ineficaces. Existen enfermedades como el dolor lumbar crónico, en que a pesar de las terapias intentadas, incluyendo las cirugías (ver artículo más adelante), la búsqueda sistemática de causas que expliquen el dolor no arroja resultados efectivos o concluyentes. Se suceden los exámenes, los tratamientos, las explicaciones, las cirugías con sus efectos colaterales y el paciente en vez de mejorar empeora cada vez más. Los tratamientos son inefectivos, parciales o en el mejor de los casos tienen un efecto temporal.

El dolor se transforma en el eje central de la vida del paciente desde que se levanta hasta que se acuesta en la noche.

Como toda enfermedad crónica, este cuadro de dolor altera completamente tanto la vida del paciente como la de su familia, deteriorando gravemente su calidad de vida, e impidiéndole trabajar y desarrollar una vida social normal.

EL DOLOR Y LA MENTE

"Al final de la mente, el cuerpo. Pero al final del cuerpo, la mente".

PAUL VALERY

Hay muchas razones para pensar que el dolor ocurre en la mente. El dolor es, sin duda una experiencia personal, subjetiva, y esto hace del dolor un fenómeno mental. Pareciera, además, que el dolor es una experiencia completamente privada, que se desarrolla y toma forma completa y totalmente en la mente de quien lo experimenta.

Pero, cabe preguntarse si la experiencia del dolor es un fenómeno enteramente privado. ¿Se origina el concepto y experiencia del dolor como una experiencia solamente personal mediada por nuestras sensaciones o aferencias?

¿La experiencia de dolor se desarrolla real y exclusivamente en el encuentro entre la persona y su sensación de dolor? Si esta experiencia es totalmente privada, entonces sólo podemos aprender a partir de nuestra sola experiencia con el dolor. Un examen minucioso de este punto muestra que este argumento no es tan sólido como pareciera.

Wittgenstein (2) opina que la sola sensación de dolor ("siento dolor") no es suficiente para dar cuenta de nuestra experiencia de dolor. Aún más, a su juicio, un lenguaje basado exclusivamente en las sensaciones "privadas" del dolor no puede distinguir, en el tiempo, entre el uso correcto o incorrecto de la palabra dolor, y por lo tanto, la sucesión de experiencias "privadas" del individuo no tendría significado.

Las palabras individuales de este lenguaje privado, referidas para expresar lo que sólo puede ser conocido por la persona (su sensación privada), no podría ser comprendido por otra persona que no ha experimentado exactamente ese dolor, y jamás sabrá si lo que él siente es

lo mismo que sintió la otra persona. ¿Cómo puedo estar seguro de la sensación de dolor cuando la experimente otro día, habiendo experimentado numerosas otras sensaciones parecidas? Si pensamos que la palabra "dolor" está referida a una sensación privada nunca podremos explicar ni entender cómo las palabras se refieren a las sensaciones y no podríamos hablar de estas en forma inteligible. Wittgenstein plantea que las palabras referidas al dolor obtienen significado como extensión de la expresión natural del dolor en un contexto social. Cuando el niño se hiere, los adultos le enseñan exclamaciones y términos para expresar el dolor y le enseñan conductas de dolor (ay! → "yaya"). De esta forma, el dolor se hace comprensible a través del lenguaje y de la conducta de dolor, y va desarrollando otras raíces, además de las meramente sensoriales.

No podemos, entonces, transformar la sensación de dolor en la parte esencial de la experiencia de dolor, y dejar a la conducta de dolor como la parte no-esencial, que puede ser eliminada o cambiada a voluntad. Concebimos y reconocemos el dolor en presencia de una determinada conducta de dolor. Esta relación no es secundaria, ni accidental ni arbitraria. La conducta de dolor es una parte necesaria de la experiencia "Dolor".

Podemos aprender a suprimir nuestra conducta de dolor frente al dolor severo si tenemos buenas razones para ello. Pero, sufrir en silencio (como leer en silencio) es una modificación aprendida de nuestro comportamiento natural.

MODELAMIENTO SOCIAL Y CULTURAL DEL DOLOR

Las sensaciones pueden ser muy engañosas ya que la mente las categoriza de acuerdo a fenómenos externos y experiencias previas. Experimentos hechos con estudiantes de medicina han mostrado, por ejemplo, que un mismo estímulo sensorial puede ser interpretado como dolor o placer. Se le pidió a sujetos que con sus dedos sujetaran firmemente un papel de lija en vibración durante un segundo. Los estudiantes describieron la sensación como dolor o placer de acuerdo a lo que se sugería en el formulario de consentimiento (3).

El modelamiento social también puede modificar la percepción del dolor. En otro estudio, sólo 3% de los sujetos percibieron un micro shock eléctrico como doloroso cuando el experimento ocurría en situación de aislamiento. Sin embargo, el 77% de los sujetos lo describía como doloroso si estaban en presencia de otras personas (modelos) que aparentaban sufrir dolor (4). Estas experiencias muestran, por lo tanto, que los estados internos son interpretados a la luz de lo que ocurre en el medio.

Según Chambers (2002), niños de 8 a 10 años sometidos a un experimento de respuesta de dolor al frío, acompañados de sus respectivas madres, reportaron mayor o menor dolor de acuerdo a si las madres interactuaban con ellos en una de tres formas: 1.- interacción a favor del dolor; 2.- interacción anti dolor; 3.- control sin interacción. Los re-

sultados indicaron que la conducta materna tuvo un impacto directo en el reporte de dolor de la niñas, cuando su actitud apoyaba la manifestación del dolor, medido a través de la escala de dolor facial, escala facial afectiva, tolerancia al frío y modificación de la frecuencia cardíaca (5). Sin embargo, en el caso de los niños, la conducta materna no determinó diferencias en la experiencia de dolor que alcanzaran significación estadística.

El dolor, por lo tanto, tiene al menos tres grandes orígenes o vertientes que confluyen y constituyen la experiencia del dolor: una biológica o somática, otra psicológica o mental, y otra social o cultural.

Estas vertientes generatrices del dolor están presentes siempre en menor o mayor grado en todo tipo de dolor, sea este agudo o crónico. En el caso del dolor que llamamos agudo, la causal somática da cuenta mayoritariamente de la experiencia del dolor y los médicos podemos tratarlo haciendo caso omiso de las otras dos causales, pues el tratamiento del dolor somático es extraordinariamente efectivo (salvo en un pequeño grupo de pacientes que pueden evolucionar hacia el dolor crónico).

La separación entre dolor agudo y crónico no pasa de ser una división artificial que hacemos para sistematizar nuestros conocimientos y orientar la terapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leo Rangell. Psychiatric Aspects of Pain. *Psychosomatic Medicine* 15:22-37 (1953).
2. Wittgenstein L. *Philosophical investigations*. Oxford: B. Blackwell, 1953.
3. Pennebaker JW. *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer-Verlag, 1982.
4. Craig KD. Social modeling influences: Pain in context. En: Sternbach R, ed. *The psychology of pain*, 2nd ed. New York: Raven Press, 1986.
5. Chambers, C.T., Craig, K.D., & Bennett, S.M. (2002). The impact of maternal behavior on children's pain experiences: An experimental analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 293-301.